Radboud Repository

Radboud University Nijmegen

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.
http://hdl.handle.net/2066/25189

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

(Ver)sterven

JAN LAVRIJSEN

Uit de recente publiciteitsgolf over het vreselijke woord 'versterven' blijkt dat het normale sterven wel erg ver van de meeste mensen af is komen staan. Zij kunnen zich geen goed beeld meer vormen hoe dat in werkelijkheid toegaat. Dat is te begrijpen als we bedenken dat mensen steeds minder vaak sterven in hun eigen vertrouwde bed. In een ziekenhuis, verpleeghuis of ander instituut is het contact van omstanders met het sterfbed anders en minder intensief dan thuis, hoe goed we die situatie ook proberen te benaderen.
In de vele scholings- of voorlichtingsbijeenkomsten die ik over dit onderwerp voor allerlei doelgroepen heb gehouden, liet ik de deelnemers hun eigen sterfbed tekenen zoals zij zich dit wensten. De vraag hoe je zelf dood zou willen gaan, bleek op die momenten niet bedreigend te zijn en leverde een scala aan creatieve tekeningen op. Op geen enkele tekening – en dat zijn er inmiddels vele – heb ik ooit sondevoeding of een infuus gezien. Ook was tussen alle geliefden rondom het eigen bed nooit een dokter te bespeuren. Wel zag ik vele dingen die het leven zo waardevol maken en waarvan we blijkbaar de waarde in ons laatste uur pas goed beseffen.

Tot het einde...

In schril contrast tot het sterfbed zoals veel mensen zich dat blijkbaar wensen, staat het beeld dat de laatste maanden in de media geschetst werd naar aanleiding van de commotie rond verpleeghuis 't Blauwbörgje. Sondevoeding, infusen en dokters stonden daarin centraal. Nu zijn er vele omstandigheden denkbaar waarin sondes en infusen een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid van mensen. Maar iedereen die te maken heeft met psychogeriatrische bewoners in de eindfase van hun slopende ziekte weet dat deze middelen op een gegeven moment geen bijdrage meer kunnen leveren aan hun welzijn. In het eindstadium van zo'n ziekteproces neemt de eetlust af en eet en drinkt de bewoner steeds minder. Iedereen die van nabij betrokken is bij de verzorging van deze bewoners weet uit ervaring hoeveel er gedaan wordt om tot het einde eten en drinken aan te bieden, zoveel als mogelijk en zoveel als de bewoner zelf aangeeft. In omstandigheden waarin dit steeds moeilijker gaat, is er vaak sprake van een intensieve samenwerking tussen familieleden en ervaren verzorgenden. Dit is 'intensive care' in het verpleeghuis, want de zorg is op dat moment complex, intensief en multidisciplinair.

Engelengeduld

Het probleem van onvoldoende eten of drinken wordt in het zorgplan van de bewoner opgenomen en zorgvuldig geanalyseerd. De verpleeghuisarts onderzoekt en beoordeelt of er wellicht bijkomende medische oor-

Foto: Hans Oostrum

Kanttekeningen bij een maatschappelijk misverstand

Zelden zal een woord zoveel misverstand en verwarring hebben veroorzaakt als het woord 'versterven'. In de media is dit ten onrechte voorgesteld als een nieuwe manier van sterven, ja zelfs als een vorm van verwaarlozing van verpleeghuisbewoners. Een woord dat zo makkelijk aanleiding geeft tot misverstanden, kan maar beter niet meer gebruikt worden, vindt verpleeghuisarts Jan Lavrijsen. Door de misvattingen over versterven op te ruimen wordt weer duidelijk waar het hierbij om gaat: een intieme gebeurtenis waarbij het in niemand opkomt om zinloze of ongewenste ingrepen te doen.

dichterbij

zaken in het spel zijn en zal deze waar mogelijk behandelen. Een voorbeeld daarvan is bijvoorbeeld een ontsteking in de mondholte of een verminderde eetlust als bijwerking van een medicijn.
Als er geen behandelbare oorzaak wordt gevonden, wordt een individueel doel voor de bewoner vastgesteld waarbij diens welbevinden centraal staat. Er kunnen verscheidene disciplines ingeschakeld worden om dit welbevinden te bevorderen. Zo kan een diëtiste zorgdragen voor aanpassing van de voeding, zodat het zo goed mogelijk weggeslikt kan worden; gemalen voeding, pap of verdikt-vloeibaar, is uiteindelijk meestal nog de enige mogelijkheid. Fysiotherapeuten kunnen adviezen geven over de juiste houding tijdens het eten. Logopedisten die deskundig zijn in het omgaan met slikstoornissen, kunnen verzorgenden adviseren hoe zij in deze moeilijke omstandigheden het beste eten kunnen geven. Bestek en bekers kunnen waar nodig aangepast worden door een ergotherapeut.
Tot slot zijn er geen grotere specialisten denkbaar in het hanteren van deze problematiek dan de verzorgenden in een verpleeghuis. Bewonderenswaardig naast hun vakinhoudelijke vaardigheden zijn hun engelengeduld en hun vermogen om met onmacht te kunnen omgaan. Lepel voor lepel en slokje voor slokje zijn zij daar intensief en vaak langdurig mee bezig.

Communicatie belangrijk

Het spreekt voor zich dat deze intensieve verpleeghuiszorg zich afspeelt in nauw overleg met de familie van de bewoner. Vanuit hun betrokkenheid is het belangrijk familieleden te informeren over elke verandering in het zorgplan. Kan in de beginfase van dementie een zorgplan waar mogelijk nog met de bewoner opgesteld worden, in een latere fase nemen de vertegenwoordigers van de bewoner deze rol steeds meer over.
De recente publiciteit heeft weer eens benadrukt hoe belangrijk deze communicatie met de familie is, vooral ook omdat het zo'n emotioneel onderwerp is aan de rand van leven en dood. Soms wordt in de laatste fase het eten en drinken geven zo problematisch vanwege verslikken, dat deze handeling alleen nog door ervaren verzorgenden kan worden uitgevoerd. Het uit handen geven van deze zorg betekent voor de familie vaak een emotionele confrontatie met de laatste fase van achteruitgang. Het belangrijkste wat hier geboden kan worden is begrip, ondersteuning en intensieve begeleiding.
Het is echter ook een fase waarin vragen van familieleden over kunstmatige voeding naar boven kunnen komen. Elk verpleeghuisteam weet hoe belangrijk het is hierover met de familie te praten en de recente publiciteit toonde ook aan hoeveel misvattingen over dit onderwerp nog leven bij degenen die nooit een verpleeghuis hebben bezocht. Helaas geldt dit ook voor veel journalisten die erover schreven.

Slordige misvatting

Een belangrijke misvatting in de media was het feit dat men in publicaties en reportages vaak geen onderscheid maakte tussen het normale eten en drinken geven en het kunstmatig toedienen van voeding en vocht. Het slordig weglaten van het woord 'kunstmatig' in vele artikelen heeft helaas veel ellende veroor- »

zaakt. Daarmee ontstond ten onrechte het beeld dat verpleeghuizen psychogeriatrische bewoners in eindstadia geen eten of drinken meer zouden geven of zouden 'verwaarlozen'. De praktijkschets hierboven maakt hopelijk duidelijk dat verpleeghuizen met alle beschikbare middelen en zorgvuldigheid bewoners tot het einde eten en drinken geven. Dit behoort tot de zorgplicht die we ten aanzien van een kwetsbare groep bewoners te allen tijde willen bewaren en het vormt tevens de kern van de motivatie waarmee vele verpleeghuismedewerkers hun vak uitoefenen.
Wel aan de orde was het besluit van verpleeghuisartsen om af te zien van het kunstmatig toedienen van voeding en vocht via een sonde of een

Laten we afspreken dat we dit natuurlijk doodgaan geen 'versterven' meer noemen

infuus. Dit behoort niet meer tot de verzorging, maar tot de medische behandeling. En voor het starten van een behandeling moet een arts goede redenen hebben, vooral als bewoners geen toestemming meer kunnen geven. In ieder geval moet de arts ervan overtuigd zijn dat het welzijn van de bewoner ermee gediend wordt. Bij vitale psychogeriatrische bewoners kan dit bijvoorbeeld het geval zijn als zij door een behandelbare bijkomende ziekte (bijvoorbeeld een infectie) tijdelijk onvoldoende kunnen drinken.
In een eindstadium van dementie zijn de voedingsproblemen echter het gevolg van de onbehandelbare aandoening, zodat kunstmatig voeding en vocht toedienen geen genezing kan bieden. In het zicht van een naderende dood kan het enkel het verloop van het natuurlijke stervensproces belemmeren en wellicht enigszins verlengen. Als het welzijn van de bewoner daarmee niet meer gediend is, wordt dit een medisch zinloze handeling. Het welzijn van de bewoner kan er zelfs door benadeeld worden, vanwege de last die de ingebrachte slangen kunnen veroorzaken.
Uiteraard is het ook hier belangrijk om de familie te betrekken bij het besluit om het natuurlijke sterven niet te blokkeren door kunstmatige voeding. In een goede begeleiding passen voorlichting over het besluit en de gevolgen ervan. Met betrekking tot dit laatste is het elke keer weer belangrijk uit te leggen dat uitdroging bij het normale stervensproces hoort en in het algemeen geen lijden met zich meebrengt; integendeel, de natuur heeft het zo geregeld dat men langzaam inslaapt en uit het leven wegglijdt. Maaike Veldhuizen heeft in april 1996 onder de titel 'Uitdroging in de stervensfase' in DENKBEELD aan de hand van literatuurgegevens helder uiteengezet dat op het sterfbed een goede mondverzorging belangrijk is en niet het werken met sondes of infusen.
Met deze uitleg en goede begeleiding en ondersteuning van de betrokken families hoeven er geen meningsverschillen te ontstaan over wat er wel en niet moet gebeuren in het belang van de bewoner.

De rol van de arts

Anno 1997 worden verpleeghuisartsen aan drie universitaire opleidingsinstituten opgeleid om de juiste beslissingen te nemen in deze moeilijke problematiek en hierover goed te communiceren met alle betrokkenen. Steeds meer aandacht wordt besteed aan het verlenen van adequate palliatieve zorg, daar waar geen genezing meer mogelijk is. Dit is met name in de psychogeriatrie het geval. Daarmee kan het lijden voor bewoners in belangrijke mate verzacht worden.
Het lijden van naasten die hun dierbare familielid zien wegglijden uit het leven is evident, maar kan niet opgelost worden met voor de bewoner zinloze en ongewenste sondes of infusen. Als de bewoner niet lijdt en de familie begeleid en ondersteund is, heeft de arts het belangrijkste werk gedaan en kan hij het afscheid overlaten aan degenen om wie het draait. Dan is het terecht dat de arts niet voorkomt op een tekening van het sterfbed dat wij ons wensen. Hopelijk is nu ook duidelijk dat bij de intimiteit van een dergelijk afscheid over het algemeen in een psychogeriatrisch verpleeghuis geen sondes of infusen passen, evenmin als dit thuis het geval zou zijn.
Laten we wel afspreken dat we dit natuurlijk doodgaan geen 'versterven' meer noemen, zoals minister Borst en staatssecretaris Terpstra van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ook in een brief aan de Tweede Kamer hebben voorgesteld. Wellicht dat daarmee enige kilte verdwijnt en het sterven weer dichter bij het werkelijke beeld komt dat we onszelf en onze naasten toewensen. ■

Jan Lavrijsen

is verpleeghuisarts en stafmedewerker aan de Vervolgopleiding tot Verpleeghuisarts van de Katholieke Universiteit Nijmegen; daarnaast is hij lid van de redactie van het Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde.